

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE MEDICINA

Grado en Medicina

Análisis de la adecuación del tratamiento de la laringitis aguda en base al uso de escalas clínicas en el servicio de Urgencias pediátricas del Hospital Universitario del Vinalopó

Autor/a:

Pilar María García Salinas

Director/es:

Dr. Rafael Esteve Solano

Murcia, Mayo de 2025

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE MEDICINA

Grado en Medicina

Análisis de la adecuación del tratamiento de la laringitis
aguda en base al uso de escalas clínicas en el servicio
de Urgencias pediátricas del Hospital Universitario del
Vinalopó

Autor/a:

Pilar María García Salinas

Director/es:

Dr. Rafael Esteve Solano

Murcia, Mayo de 2025

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
SAN ANTONIO

DEFENSA TRABAJO FIN DE GRADO

DATOS DEL ALUMNO	
Apellidos: García Salinas	Nombre: Pilar María
DNI: 23307103-F	Grado de Medicina
Facultad de Medicina	
Título del trabajo: Análisis de la adecuación del tratamiento de la laringitis aguda en base al uso de escalas clínicas en el servicio de Urgencias pediátricas del Hospital Universitario del Vinalopó	

El Dr. Rafael Esteve Solano, tutor del trabajo reseñado arriba, acredito su idoneidad y otorgo el V. ° B. ° a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia, a de de 2025

Fdo.:

AGRADECIMIENTOS

A mis padres y mi familia por darme la oportunidad de estudiar esta carrera que tanto amo y por la que me decanté desde que era pequeña. Por apoyarme y levantarme cada vez que me caía, por su paciencia y todo el cariño que siempre me han dado. Por acompañarme y por ayudarme a elegir el camino correcto para alcanzar mis sueños. Gracias por enseñarme que el esfuerzo siempre da sus frutos. Sois mi gran ejemplo a seguir.

A Pepe, porque siempre saca mi mejor versión, me pone los pies en la tierra cuando lo necesito y confía en mi hasta cuando yo no lo hago. Sin duda ha sido de las mejores cosas que me ha dado la carrera. Juntos hacemos un gran equipo, espero que lo hagamos siempre.

A mis amigas por ser mi salvoconducto, donde he podido ser yo misma y por confiar en mi desde el principio. En especial a Sol y Candela, por ser mi pilar fundamental durante la carrera y porque estoy segura de que lo van a seguir siendo en todo lo que viene.

A todos los profesores que me han marcado durante estos 6 años de carrera y que han hecho que siga disfrutando de la medicina. A Rafa, mi director de TFG, por además de ayudarme en todo el proceso, enseñarme como ser una gran profesional. Me llevo muchas lecciones y el propósito de ser tan buena como tú. También a José Luis, por tener una paciencia infinita conmigo y haber hecho este proceso mucho más sencillo y ameno. El trabajo que realizas nunca se podrá valorar lo suficiente.

Por último, a mis dos abuelas, Pilar y Patro. Espero que desde ahí arriba estéis orgullosas de lo que he conseguido y de la persona que soy ahora. Aunque no estéis tengo la certeza de que me acompañáis siempre. Ojalá estuvierais aquí viéndome cumplir mi sueño.

ABREVIATURAS:

TFG: Trabajo Fin de Grado

IP: Investigador Principal

CRD: Cuaderno de Recogida de Datos

IC95%: Intervalo de confianza al 95%

OR: Odds Ratio

UE: Unión Europea

MIR: Médico Interno Residente

UCI-P: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica

TEP: Triangulo de Evaluación Pediátrica

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

.

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

1. INTRODUCCIÓN	19
1.1. ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA.....	19
1.2. CLÍNICA.....	19
1.3. DIAGNÓSTICO MEDIANTE ESCALAS CLÍNICAS.....	20
1.4. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	21
1.5. TRATAMIENTO.....	21
2. OBJETIVOS.....	23
3. MATERIAL Y MÉTODOS	25
3.1. DISEÑO.....	25
3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO	25
3.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	25
3.2.2. <i>Criterios de exclusión</i>	25
3.3. VARIABLES DEL ESTUDIO	25
3.3.1. <i>Variable principal</i>	25
3.3.2. <i>Variables explicativas</i>	25
3.4. ANÁLISIS DE LOS DATOS	27
3.5. CONSIDERACIONES ETICAS.....	29
4. RESULTADOS	31
5. DISCUSIÓN	33
6. CONCLUSIONES	36
7. BIBLIOGRAFIA	37
8. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS.....	40
9. ANEXOS	45

RESUMEN

Introducción

La laringitis aguda es una patología respiratoria frecuente en la edad pediátrica, habitualmente autolimitada, aunque en algunos casos puede requerir tratamiento urgente. La valoración clínica de la gravedad se basa en escalas como Westley o Taussig, aunque su uso en la práctica diaria es variable.

Material y métodos:

Estudio observacional retrospectivo en el Hospital Universitario del Vinalopó. Se incluyeron pacientes pediátricos (0-15) diagnosticados de laringitis aguda entre noviembre de 2023 y marzo de 2024. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, tipo de profesional, escala empleada, tratamiento administrado, grado de gravedad y estancia en urgencias.

Resultados:

De los 111 pacientes incluidos, solo el 35,1% tenían escala clínica registrada. Entre estos, el 100% de los episodios graves recibió tratamiento con adrenalina nebulizada y dexametasona. Ningún paciente con laringitis leve recibió adrenalina. Se evidencia una fuerte asociación entre gravedad y el uso de adrenalina ($p=0,001$). La estancia media fue significativamente mayor en los pacientes tratados con adrenalina (8h 27 min) frente a otros tratamientos distintos de adrenalina y dexametasona (<2h). Los residentes de pediatría fueron el grupo de médicos que más utilizó escalas y ajustó el tratamiento a la gravedad.

Conclusiones:

La administración de adrenalina nebulizada fue correcta en los casos de gravedad cuando se emplearon las escalas clínicas. Sin embargo, la baja tasa de uso de estas herramientas limita la estandarización del tratamiento. Se propone su inclusión sistemática electrónica y la formación específica del personal para optimizar el manejo clínico de estos pacientes

Palabras clave/ Descriptores

Laringitis aguda; Pediatría; Escalas clínicas; Urgencias Pediátricas; Adrenalina nebulizada; Dexametasona

ABSTRACT

Background:

Acute laryngitis is a common respiratory condition in pediatric population. It is usually self-limiting, although in some cases it may require urgent treatment. Clinical assessment of severity is based on scales such as Westley or Taussig, although their use in daily practice is variable.

Material and methods:

A retrospective observational study was conducted at Vinalopó University Hospital. Pediatric patients (aged 15–15) diagnosed with acute laryngitis between November 2023 and March 2024 were included. Epidemiological and clinical variables, including the type of healthcare provider, the scale used, the treatment administered, the severity of the condition, and the length of stay in the emergency department were collected.

Results:

Of the 111 patients included, only 35.1% had a clinical scale recorded. Among these, 100% of severe episodes received treatment with nebulized adrenaline and dexamethasone. No patient with mild laryngitis received adrenaline. A strong association between severity and adrenaline use was observed ($p=0.001$). The average stay was significantly longer in patients treated with adrenaline (8h 27min) compared to those who received other treatments (<2h). Pediatric residents were the group of physicians who most frequently used clinical scales and adjusted treatment according to severity.

Conclusion:

The administration of nebulized adrenaline was appropriate in severe cases when clinical scales were applied. However, the low rate of scale usage limits the standardization of treatment. Systematic electronic integration and specific training of healthcare personnel are recommended to optimize clinical management of these patients.

Key words

Acute laryngitis; Pediatrics; Clinical scales; Pediatric Emergencies; Nebulized adrenaline; Dexamethasone

1. INTRODUCCIÓN

La laringitis aguda también conocida como croup, es una patología común en la infancia que representa una de las principales causas de consulta en los servicios de urgencias pediátricas. Esta enfermedad afecta principalmente a niños menores de 6 años y se caracteriza clínicamente por la aparición de tos perruna, estridor inspiratorio y disfonía (Rajapaksa & Starr, 2010). Estos síntomas son debidos a diferentes grados de obstrucción laríngea provocada por la presencia de edema subglótico.

1.1. Etiología y epidemiología

La laringitis aguda es causada generalmente por cuadros víricos, presentando un curso más tórpido y asocia síntomas de infección viral (fiebre, rinorrea, etc.) La principal causa es el virus parainfluenza tipo 1, pero otros virus que lo pueden causar son el parainfluenza 2y 3, virus respiratorio sincitial, virus influenza A y B, el adenovirus y el sarampión. Más raramente, puede ser causada por bacterias, generalmente por *Mycoplasma pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* (Ventosa Rosquelles & Luaces Cubells, 2020).

La incidencia estimada es del 3-6% de niños entre 3-6 meses y 6 años, con una incidencia máxima en el segundo año de vida y durante el otoño y el invierno, predominando en hombres (relación 2:1). (Ventosa Rosquelles & Luaces Cubells, 2020). La incidencia de esta patología, junto con su potencial gravedad, indican la necesidad de un manejo adecuado.

1.2. Clínica

Clínicamente, la laringitis aguda se caracteriza por la triada clásica de tos perruna, disfonía y estridor respiratorio, síntomas que reflejan la obstrucción de la vía aérea superior a nivel subglótico. La tos se describe como seca, metálica y semejante a un ladrido de perro. El estridor aparece típicamente durante la inspiración, siendo más evidente con el llanto o la agitación. La fiebre suele estar presente, aunque no siempre es elevada, y los síntomas tienden a empeorar por la noche. (Ventosa Rosquelles & Luaces Cubells, 2020).

La mayor parte de los cuadros son leves (60%) y, aunque remiten espontáneamente en unos días, hasta un 15% ocasionan consultas repetidas. Solo un 5% de los casos presenta criterios de gravedad y de ingreso hospitalario, requiriendo intervenciones terapéuticas inmediatas para evitar complicaciones mayores (Ventosa Rosquelles & Luaces Cubells, 2020).

1.3. Diagnóstico mediante escalas clínicas

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, con la presencia de tos perruna asociada o no a estridor inspiratorio o dificultad respiratoria. En la auscultación generalmente presentará murmullo vesicular fisiológico o disminución de este junto con estridor debido al edema laríngeo. En caso de complicaciones con bronquitis o neumonía, la auscultación podrá presentar otras alteraciones características de estas entidades.

El pilar fundamental de la valoración de la laringitis es establecer el grado de dificultad respiratoria, considerando los siguientes parámetros: estridor, retracción, entrada de aire, color y nivel de consciencia. Todo esto se llevará a cabo mediante la escala de Westley.

Otras de las escalas que se pueden utilizar para la valoración de la gravedad de estos pacientes es la escala de Taussig. Se basa en la observación de cinco parámetros: estridor, retracciones torácicas, entrada de aire, coloración de la piel y nivel de conciencia. Cada uno de estos criterios se puntúa de 0 a 3, permitiendo obtener una puntuación total que ayuda a clasificar la severidad del cuadro en leve, moderado o grave. Esta escala es especialmente útil en entornos de urgencias, ya que proporciona una evaluación rápida y estandarizada del estado respiratorio del paciente, facilitando la toma de decisiones terapéuticas (Klassen et al. 1994).

Atendiendo a las guías de recomendación entendemos que una historia clínica con las variables recogidas en ambas escalas constituye una historia clínica completa. Por el contrario, la ausencia de alguna de ellas supondrá una recogida inadecuada de datos y se considerará incompleta.

A la hora de recoger la anamnesis además se tiene que reflejar la edad, estado vacunal, alergias, descripción del inicio, duración y progresión de los síntomas.

Asimismo, en la exploración general se ha de reflejar el TEP, constantes vitales (temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno), estado general y postura (en trípode o de olfateo). (Ventosa Rosquelles & Luances Cubells, 2020).

1.4. Pruebas complementarias

En la laringitis los exámenes complementarios son, en general, poco útiles y su práctica sistemática no es imprescindible. Por lo que respecta a las técnicas de imagen, la radiografía de tórax se reserva para cuando hay sospecha de clínica asociada: cuadros bronconeumónicos, laringotraqueitis bacteriana o posibilidad de cuerpos extraños.

1.5. Tratamiento

En cuanto al tratamiento, se valorará iniciar tratamiento oral y alta, u observación en Urgencias o hospitalización juntamente con nebulizaciones de adrenalina y tratamiento corticoideo según la gravedad de cada caso.

Los glucocorticoides, como la dexametasona, son fundamentales en el tratamiento del croup. La dexametasona oral en dosis única de 0,15 a 0,6 mg/kg ha demostrado ser eficaz en la reducción de los síntomas y la duración de la enfermedad. En casos donde la administración oral no es posible, se puede optar por la vía intramuscular o intravenosa. La budesonida nebulizada es una alternativa útil, especialmente en niños con vómitos o dificultad respiratoria grave.

El tratamiento con adrenalina nebulizada ha demostrado ser una estrategia efectiva en los casos moderados y graves, ya que proporciona un alivio sintomático rápido mediante la reducción del edema subglótico y la mejora del flujo aéreo (Lee et al. 2019; Fitzgerald et al. 1996). Su administración proporciona alivio sintomático rápido al reducir el edema subglótico, aunque su efecto es transitorio. Por ello, se recomienda su uso junto con glucocorticoides para mantener la mejoría clínica. Es importante observar al paciente durante al menos 2-4 horas después de la administración para monitorizar posibles recaídas.

En función de la gravedad de la laringitis el tratamiento será:

- Crisis leve: ante laringitis leve sin dificultad respiratoria se puede iniciar pauta con corticoterapia oral (o nebulizaciones de budesónida si presenta intolerancia oral) y dar alta explicando cuales son los signos de alarma por los que deben volver.
- Crisis moderada: si no presenta afectación del estado general o dificultad respiratoria importante, se podría intentar administrar inicialmente una dosis de corticoide (oral o nebulizado) y mantener en observación. Si presenta mejoría se podría plantear el alta. Si en un inicio presenta dificultad respiratoria o falta de mejoría con el tratamiento anterior, sería indicación de administrar nebulización de adrenalina.
- Crisis grave: se inicia tratamiento con nebulización de adrenalina junto con pauta de corticoterapia. Si presenta mejoría, se mantendrá en observación 3-4 horas y plantear alta si la evolución ha sido buena. Si no presenta mejoría o empeora, valorar nueva nebulización de adrenalina (hasta 3 dosis en intervalos mínimos de 30 minutos) y asociar nebulización de budesonida. En este punto también se tendría que valorar la posibilidad de ingreso en hospitalización o UCI-P en función de la respuesta al tratamiento y de la gravedad (Ventosa Rosquelles & Luances Cubells, 2020).

Sin embargo, existe una considerable variabilidad en la práctica clínica en cuanto a la utilización de estas escalas de gravedad, así como del tratamiento administrado en base a las mismas, lo que puede influir en los resultados clínicos y en el uso de recursos sanitarios.

Este estudio pretende analizar el correcto manejo clínico de los pacientes diagnosticados de laringitis aguda en lo referente a su tratamiento, adecuándose este a la gravedad y a la adecuada cumplimentación de la historia clínica pediátrica en lo relacionado a las escalas de gravedad y a los datos referidos acerca del tratamiento administrado. Por otro lado, también pretende analizar el uso de adrenalina nebulizada acorde a las escalas utilizadas en cada caso.

2. OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar el uso adecuado de adrenalina nebulizada según las escalas clínicas Westley y Taussig en las urgencias pediátricas del Hospital Universitario Vinalopó durante el periodo comprendido entre noviembre de 2023 y marzo de 2024.

Objetivos específicos

1. Determinar la frecuencia de uso de escalas clínicas en la valoración inicial del paciente con laringitis aguda.
2. Determinar la utilización de la adrenalina nebulizada en función de la gravedad inicial del cuadro según las guías clínicas.
3. Evaluar la adecuación del tratamiento con relación a la puntuación de las escalas clínicas.
4. Valorar la asociación entre gravedad clínica y estancia hospitalaria.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. DISEÑO

Para verificar los objetivos propuestos se realizará un estudio observacional retrospectivo con recolección de la información de pacientes pediátricos atendidos en urgencias en el Hospital Universitario del Vinalopó durante el periodo comprendido entre el 1 de noviembre de 2023 y 31 de marzo de 2024.

3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio está constituida por el total de pacientes pediátricos atendidos en urgencias en el Hospital Universitario del Vinalopó durante el periodo comprendido entre el 1 de noviembre de 2023 y 31 de marzo de 2024 y con diagnóstico de laringitis aguda.

3.2.1. Criterios de inclusión

Se incluirá a todos los pacientes pediátricos con episodio de laringitis aguda que acudan al Hospital Universitario del Vinalopó entre el 1 de noviembre de 2023 y el 31 de marzo de 2024.

3.2.2. Criterios de exclusión

Se excluirá a todos los pacientes que no cumplan el criterio de inclusión.

3.3. VARIABLES DEL ESTUDIO

3.3.1. Variable principal

- Diagnóstico de Laringitis aguda (J04.0-Laringitis aguda)

1= Si

2= No

3.3.2. Variables explicativas

- Historia clínica: cuantitativa discreta (solo trabajada por IP)
- ID
- Mes de atención en urgencias:
 - 1= noviembre (2023)
 - 2= diciembre (2023)
 - 3= enero (2024)

4= febrero (2024)

5= marzo (2024)

- Sexo: cualitativa dicotómica
 - 1=Hombre
 - 2= Mujer
- Edad: cuantitativa discreta (sólo trabajada IP)
- Edad Categorizada
 - 1 = 0-3 años
 - 2 = 3-6 años
 - 3 = 6-9 años
 - 4= 9-12 años
 - 5= >12 años
- País Nacimiento
 - 1= España
 - 2= No España
- Hora de atención en urgencias: cuantitativa discreta
- Fecha de atención en urgencias Categorizada
 - 1 = Lunes
 - 2 = Martes
 - 3 = Miércoles
 - 4= Jueves
 - 5= Viernes
 - 6= Sábado
 - 7= Domingo
- Hora Alta en urgencias: cuantitativa discreta
- Fecha Alta en urgencias Categorizada
 - 1 = Lunes
 - 2 = Martes
 - 3 = Miércoles
 - 4= Jueves
 - 5= Viernes
 - 6= Sábado
 - 7= Domingo
- Necesidad de ingreso

- 1= si
- 2= no
- Temperatura al ingreso
 - 1= < 37°C
 - 2= 37-37,5°C
 - 3= 37,5-38°C
 - 4= >30°C
- Escalas usadas
 - 1= Westley
 - 2= Taussig
 - 3= Ambas
- Puntuación escala Westley
 - 1= <3
 - 2= 4-5
 - 3= >6
- Puntuación escala Taussig
 - 1= <5
 - 2= 5-7
 - 3= 7-8
 - 4= >8
- Tratamiento usado
 - 1= corticoterapia oral o nebulizada
 - 2= adrenalina nebulizada
- Estado vacunal
 - 1= vacunación completa
 - 2= vacunación incompleta

3.4. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos de estudio identificados en las variables resultado y explicativas corresponden a pacientes con diagnósticos de laringitis aguda atendidos en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Vinalopó durante el periodo de estudio. Estos variables serán solicitados a la Oficina Central de Información Corporativa (OCIC) por el IP para su extracción de las historias clínicas

digitalizadas, asimismo, debemos aclarándose que el acceso a las citadas historias clínicas constituye un recurso derivado de la práctica clínica diaria del IP en su calidad como facultativo adjunto del servicio de Urgencias.

Toda la información y datos integrantes del presente estudio serán considerados confidenciales y anónimos, para ello se elaborará un cuaderno de recogida de datos cuyo acceso y tratamiento será exclusivo del investigador principal (IP), (variables identificadas en el apartado de material y métodos de este protocolo.

Una vez anonimizados y disociados los datos, el resto del equipo colaborador investigador dispondrá del acceso a un cuaderno de recogida de datos para al análisis de estos, quedando garantizada la anonimización y protección de datos identificativos y personales. De este modo, también, queden separados los datos de identificación del paciente con los clínicos-asistenciales.

Creado el CRD en Microsoft Excel, todos los análisis estadísticos se realizarán mediante el paquete del programa SPSS versión 21.0.

Análisis estadístico basado en un descriptivo general de las variables incluidas en el estudio. Se calcularán las distribuciones de frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas, así como las medidas de tendencia central y dispersión (media, desviación típica, mínimo y máximo) de las variables cuantitativas. Se calcularán intervalos de confianza al 95% para las medias. La edad se describe con la mediana, como medida de tendencia central y con el rango intercuartílico, como medida de dispersión, al tratarse de una variable cuantitativa no paramétrica.

Para analizar la asociación entre las variables respuestas/principales categorizadas y las explicativas/secundarias se construirán tablas de doble entrada y se utiliza el estadístico chi-cuadrado o el test exacto de Fisher cuando proceda, para decidir si existe asociación significativa o no.

Para estudiar la magnitud de asociación se calculó la odds ratio (OR) y su intervalo de confianza al 95% (IC95%). El nivel de significación estadística utilizado será de $p < 0,05$.

Se realizará un estudio descriptivo univariante y bivariante para la relación entre la estancia hospitalaria y el resto de las variables, estableciendo tablas de contingencia y señalando porcentajes y cómputo absoluto de casos. Para el análisis de la estancia hospitalaria se realizó prueba de correlación de medias con un test ANOVA. Se consideró el punto de corte (p) de significación estadística inferior a 0,05.

3.5. CONSIDERACIONES ETICAS

La recogida y tratamiento de datos personales que se necesitan para este estudio se tratarán de acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, y a la Ley 14/2007, de 3 de julio de investigación biomédica.

Toda la información y datos con relación a los pacientes que quedan incluidos en el estudio, serán considerados confidenciales y anónimos, para ello se elaborará un cuaderno de recogida de datos (CRD) cuyo acceso del Investigador principal permita la anonimización los datos tratados, garantizándose la confidencialidad y utilización de datos para la realización de estudios epidemiológicos que permita la vigilancia de la salud.

Todos los datos serán considerados confidenciales y anónimos, garantizándose la confidencialidad y utilización de datos para la realización de estudios para la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria.

Este estudio se realizará respetando los principios y las normas éticas básicas que tienen su origen en la actual revisión (versión revisada de Fortaleza, Brasil, 2013) de la Declaración de Helsinki aprobada por la Asamblea Médica Mundial y el Convenio de Oviedo. La información recogida para el estudio será tratada siguiendo lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de

Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Toda la información y datos con relación a pacientes o su participación en este estudio, serán considerados confidenciales. El investigador debe garantizar que se mantiene el anonimato del paciente en toda la información introducida en el cuaderno de recogida de datos. El investigador debe conservar con carácter estrictamente confidencial todos los documentos relacionados con el estudio. Solamente el personal autorizado, tendrá acceso a estos archivos confidenciales. Todos los datos utilizados en los análisis y en los informes de este estudio no tendrán ninguna referencia identificable de ningún nombre específico. Para ello los datos serán codificados garantizando el anonimato y confidencialidad en todo momento.

Los datos recopilados del Estudio estarán depositados en un Comunidad creada en el Portal CORE SOCIAL. Dicha Comunidad será constituida a través del CAU.

Existen tres grupos diferenciados como integrantes de la comunidad:

- **Administradores:** Tienen como función dar de alta a los colaboradores y visitantes. Pueden ver los documentos y modificarlos (IP).
- **Colaboradores:** Suben los documentos y los modifican (IP_IC).
- **Participante:** Sólo pueden ver los documentos, no pueden modificar ni subir documentos.

4. RESULTADOS

Se analizaron un total de 111 pacientes pediátricos con diagnóstico de laringitis aguda. Del total de la muestra, el 58,6% correspondió a pacientes de sexo masculino, mientras que el 41,4% fueron de sexo femenino (Tabla 1).

En relación con la distribución por edades, el grupo de edad que concentró un mayor número de casos fue el grupo de 0 a 3 años, representando el 45,0% del total de pacientes. Le siguen el grupo de 4 a 6 años (34,2%), de 7 a 9 años (10,8%), de 10 a 12 años (7,2%) y de 13 a 15 años (2,7%). Estos datos reflejan la disminución del número de casos en las edades más avanzadas (Tabla 1).

El análisis de la distribución en función del mes de presentación mostró que diciembre fue el mes con mayor número de casos diagnosticados (28,8%), seguido de marzo (19,8%), febrero (18,9%), noviembre (18,0%) y enero (14,4%) (Tabla 1).

Al analizar el uso de las escalas clínicas, destaca que en tan solo 39 de los 111 pacientes fueron empleadas para establecer la gravedad del episodio. En estos, la escala más empleada fue la Westley (92,3%), mientras que la Taussig fue empleada en un 7,7% de los casos. Los datos del grupo de pacientes en los que se empleó escala clínica muestran que hasta un 66,7% de los episodios son leves, moderados 23,1% y graves 10,3%. Llama la atención que el 64,9% de los pacientes no tenían escala registrada, por lo que no se pudo establecer la gravedad de los episodios, limitando la capacidad de valorar la gravedad de forma objetiva y sistematizada (Tabla 2).

El análisis de la distribución según el profesional encargado del manejo del paciente mostró que la mayor parte de los casos fueron atendidos por médicos de urgencias (83,8%), seguidos por MIR de pediatría (12,6%) y personal externo (3,6%). Se encontraron diferencias significativas en la aplicación de la escala según el grupo de médicos ($p= 0,004$), destacando que los residentes de pediatría fueron los que más recurrieron a su uso (71,4%) (Tabla 2).

Al analizar los resultados referentes al tratamiento administrado en función de los grupos de edad, encontramos que en el grupo de 0 a 3 años el tratamiento

más empleado fue con otros fármacos distintos a dexametasona y adrenalina. En el grupo de 4 a 6 años y de 7 a 9 años el más empleado fue la dexametasona combinada con otros fármacos distintos de adrenalina. En los grupos de edad de 10 a 12 años y 13 a 15 años no recibieron en ningún caso tratamiento con adrenalina (Tabla 3).

Al analizar el tratamiento en función del mes de presentación no se encontraron diferencias significativas, aunque se puede identificar que el mes de marzo es el que tiene menos porcentaje de casos tratados con adrenalina (Tabla 3).

En el análisis del tratamiento administrado en función de la gravedad, en el 100% de los casos diagnosticados de laringitis aguda grave, recibieron tratamiento con adrenalina nebulizada y dexametasona. La relación entre el tratamiento con adrenalina nebulizada y los casos graves mostró significación estadística ($p=0,001$). Ninguno de los pacientes con episodio leve lo recibió. En cambio, el tratamiento con dexametasona solo o combinada con otros fármacos se asocia principalmente con los cuadros leves o moderados (Tabla 5).

En lo referente a la estancia media en función del tratamiento, se encontraron notables diferencias. Aquellos pacientes tratados con dexametasona y adrenalina permanecieron una media de 8 horas y 27 minutos, significativamente superior a los grupos que recibieron dexametasona combinada con otros fármacos (2 horas) u otros tratamientos distintos de adrenalina (1 hora y 16 minutos). De igual manera se observa un claro patrón en cuanto a la gravedad: los pacientes con episodios graves presentaron una media de estancia de más de 10 horas frente a las 4-5 horas de los casos leves y moderados (Tablas 4 y 6).

En el tratamiento en base a la gravedad analizamos la muestra reducida de 39 pacientes porque son los que tienen escala clínica registrada y por lo tanto los únicos en los que tenemos la gravedad establecida.

Al analizar la gravedad de los episodios según el grupo de edad, destaca especialmente un dato significativo: el 100% de los casos clasificados como graves se registraron en el grupo de 4 a 6 años. Por el contrario, el 100% de los episodios en el grupo de 13 a 15 años fueron leves (Tabla 7).

5. DISCUSIÓN

El objetivo principal de nuestro estudio es analizar el tratamiento de los episodios de laringitis aguda en el servicio de Urgencias del Hospital Vinalopó, con especial atención al uso de adrenalina nebulizada y la adecuación a las indicaciones establecidas en las guías clínicas actuales.

Nuestro trabajo se ha basado en un análisis observacional retrospectivo de 111 casos, encontrando como principal limitación que en un porcentaje elevado de la muestra (64,9%) no se estableció la gravedad del episodio en base al uso de escalas clínicas (Tabla 1). Por lo tanto, a la hora de analizar el tratamiento administrado en base a la gravedad, tan solo pudieron incluirse 39 casos, con la repercusión negativa consecuente sobre la potencia estadística de nuestro trabajo.

La recogida de datos se realizó a través de historias clínicas digitalizadas, y el análisis estadístico contó con la colaboración del coordinador de investigación y docencia del Departamento de Salud del Hospital Vinalopó.

En cuanto a los resultados encontramos una distribución homogénea de casos durante los meses del estudio (Tabla 1). Diciembre concentró un mayor número de diagnósticos (28,8%). Sin embargo, no se identificó una diferencia significativa respecto al resto de meses.

Respecto al tratamiento administrado, destaca en primer lugar que en un 20,5% de los casos se emplea un tratamiento diferente a corticoides (oral o nebulizados) o adrenalina y, aunque todos se trataran de casos leves, no se ajustó a las indicaciones de las guías clínicas para estos casos, siendo la recomendación, al menos el uso de corticoterapia nebulizada u oral (Tabla 3) Por lo tanto, en el 79,5% restante, se utilizó tratamiento con corticoides en monoterapia o combinados con adrenalina.

La adecuación del uso de adrenalina nebulizada fue notable. Los resultados de nuestro estudio revelan que hasta el 100% de los casos graves en función de escalas clínicas recibieron este tratamiento. Asimismo, hasta un 55,5% de casos moderados también recibieron tratamiento con adrenalina en combinación con corticoides, lo que igualmente es coherente con las guías clínicas. (Tabla 5)

Cabe destacar que todos los casos graves se concentraron en el grupo de edad de 4 a 6 años (Tabla 7). Este hallazgo coincide con estudios previos que señalan que, aunque la laringitis aguda es más frecuente en niños menores de 3 años, el grado de obstrucción laríngea y el riesgo de evolución a formas graves pueden incrementarse en grupos intermedios.

Un hallazgo relevante del estudio es la relación entre la gravedad clínica y el tiempo de estancia en urgencias. Los pacientes con laringitis grave presentaron una media de estancia superior a 10 horas, en comparación con las 4-5 horas en los casos leves y moderados (Tabla 6). Además, los pacientes tratados con adrenalina nebulizada permanecieron una media de 8 horas y 27 minutos, frente a menos de 2 horas en los tratados con otros fármacos (Tabla 4). Este aumento en la estancia puede explicarse por la necesidad de observación estrecha tras la administración de adrenalina, dada la posibilidad de aparición del efecto rebote cuando cesa su acción vasoconstrictora. La monitorización durante las primeras horas es fundamental para detectar precozmente una recaída y decidir si es necesaria una nueva dosis o el ingreso hospitalario.

Finalmente es necesario reconocer las limitaciones del estudio. Entre los sesgos más relevantes, destaca el carácter retrospectivo del estudio, que limita el control sobre la homogeneidad de la recogida de datos y la aplicación de escalas. Existe un sesgo de selección debido a la inclusión exclusiva de pacientes con registros accesibles y completos, y un sesgo de observación relacionado con la subjetividad del clínico al aplicar las escalas. La potencia estadística se ve limitada por el tamaño muestral reducido en subgrupos, especialmente en los casos graves, lo cual podría afectar la generalización de los resultados.

A pesar de estas limitaciones, el estudio permite identificar oportunidades claras de mejora. La principal radica en la necesidad de protocolizar el uso de escalas clínicas en todos los pacientes con sospecha de laringitis aguda, independientemente de su aparente levedad, como herramienta para garantizar una valoración objetiva y sistematizada. También se debería reforzar la formación del personal médico en la correcta aplicación e interpretación de estas escalas, así como en los criterios actualizados del tratamiento.

Para lograr estos objetivos, se propone implementar sesiones formativas periódicas, incluir las escalas en los sistemas de historia clínica electrónica mediante plantillas prediseñadas y fomentar auditorias clínicas internas que evalúen la adherencia a los protocolos. Además, la creación de algoritmos terapéuticos visuales en las áreas de urgencias pediátricas, podrían servir como recordatorio práctico en la toma de decisiones clínicas, contribuyendo a una atención más uniforme, eficiente y segura para los pacientes pediátricos.

6. CONCLUSIONES

- El uso de escalas clínicas como Westley y Taussig en la valoración inicial de la laringitis aguda en urgencias pediátricas se asocia con una mayor adecuación del tratamiento, especialmente en relación con la administración de adrenalina nebulizada en los casos graves
- Se ha evidenciado que el 100% de los pacientes clasificados como graves mediante escalas clínicas recibieron tratamiento con adrenalina y dexametasona, cumpliendo con las recomendaciones de las guías clínicas. Asimismo, más de la mitad de los casos moderados también fueron tratados correctamente
- La baja tasa de uso de escalas clínicas limita la posibilidad de estandarizar la evaluación y el tratamiento, lo que repercute negativamente en la calidad asistencial
- Se ha observado una fuerte asociación entre la gravedad clínica y la estancia en urgencias, siendo significativamente mayor en los pacientes tratados con adrenalina, probablemente por la necesidad de monitorización ante el riesgo de efecto rebote
- Se propone la protocolización del uso de escalas clínicas en todos los pacientes con laringitis aguda, su incorporación a la historia clínica electrónica y la formación específica del personal sanitario como estrategias clave para mejorar la atención, seguridad y eficiencia en el manejo de esta patología

7.. BIBLIOGRAFIA

1. Yang WC, Hsu YL, Chen CY, Peng YC, Chen JN, Fu YC, et al. Initial radiographic tracheal ratio in predicting clinical outcomes in croup in children. *Sci Rep.* 2019;9(1):17893. doi:10.1038/s41598-019-54140-y. PMID: 31784540; PMCID: PMC6884517.
2. Asmundsson AS, Arms J, Kaila R, Roback MG, Theiler C, Davey CS, et al. Hospital course of croup after emergency department management. *Hosp Pediatr.* 2019;9(5):326-32. doi:10.1542/hpeds.2018-0066. PMID: 30988017; PMCID: PMC6478427.
3. Lee JH, Jung JY, Lee HJ, Kim DK, Kwak YH, Chang I, et al. Efficacy of low-dose nebulized epinephrine as treatment for croup: a randomized, placebo-controlled, double-blind trial. *Am J Emerg Med.* 2019;37(12):2171-6. doi:10.1016/j.ajem.2019.03.012. PMID: 30878411.
4. Smith N, Giordano K, Thompson A, DePiero A. Failure of outpatient management with different observation times after racemic epinephrine for croup. *Clin Pediatr (Phila).* 2018;57(6):706-10. doi:10.1177/0009922817737075. PMID: 29034735.
5. Hansen M, Meckler G, Lambert W, Dickinson C, Dickinson K, Guise JM. Paramedic assessment and treatment of upper airway obstruction in pediatric patients: an exploratory analysis by the Children's Safety Initiative-Emergency Medical Services. *Am J Emerg Med.* 2016;34(3):599-601. doi:10.1016/j.ajem.2015.12.082. PMID: 26818155; PMCID: PMC4799729.
6. Rajapaksa S, Starr M. Croup - assessment and management. *Aust Fam Physician.* 2010;39(5):280-2. PMID: 20485713.
7. Walker DM. Update on epinephrine (adrenaline) for pediatric emergencies. *Curr Opin Pediatr.* 2009;21(3):313-9. doi:10.1097/MOP.0b013e32832b1067. PMID: 19444115.
8. Argent AC, Hatherill M, Newth CJ, Klein M. The effect of epinephrine by nebulization on measures of airway obstruction in patients with acute severe croup. *Intensive Care Med.* 2008;34(1):138-47. doi:10.1007/s00134-007-0855-0. PMID: 17912497.

9. Leung AK, Kellner JD, Johnson DW. Viral croup: a current perspective. *J Pediatr Health Care*. 2004;18(6):297-301. doi:10.1016/S0891524504002688. PMID: 15523420.
10. Pejcz J, Szenborn L, Szymański H, Krajewski W, Narecki J, Filipczak R, et al. Przegląd sposobów leczenia dzieci z podgłośniowym zapaleniem krtani w świetle prospektywnych wieloośrodkowych obserwacji [Treatment of croup syndrome in children in Poland: results of the prospective multi-center observation]. *Przegl Lek*. 2004;61(5):463-6. PMID: 15515806.
11. Osmond M. Croup. *Clin Evid*. 2002;(7):297-306. PMID: 12230653.
12. Weber JE, Chudnofsky CR, Younger JG, Larkin GL, Boczar M, Wilkerson MD, et al. A randomized comparison of helium-oxygen mixture (Heliox) and racemic epinephrine for the treatment of moderate to severe croup. *Pediatrics*. 2001;107(6):E96. doi:10.1542/peds.107.6.e96. PMID: 11389294.
13. Orlicek SL. Management of acute laryngotracheo-bronchitis. *Pediatr Infect Dis J*. 1998;17(12):1164-5. doi:10.1097/00006454-199812000-00014. PMID: 9877369.
14. Rizos JD, DiGravio BE, Sehl MJ, Tallon JM. The disposition of children with croup treated with racemic epinephrine and dexamethasone in the emergency department. *J Emerg Med*. 1998;16(4):535-9. doi:10.1016/s0736-4679(98)00055-9. PMID: 9696166.
15. Klassen TP. Recent advances in the treatment of bronchiolitis and laryngitis. *Pediatr Clin North Am*. 1997;44(1):249-61. doi:10.1016/s0031-3955(05)70472-7. PMID: 9057793.
16. Fitzgerald D, Mellis C, Johnson M, Allen H, Cooper P, Van Asperen P. Nebulized budesonide is as effective as nebulized adrenaline in moderately severe croup. *Pediatrics*. 1996;97(5):722-5. PMID: 8628614.
17. Cruz MN, Stewart G, Rosenberg N. Use of dexamethasone in the outpatient management of acute laryngotracheitis. *Pediatrics*. 1995;96(2 Pt 1):220-3. PMID: 7630673.
18. Kristjánsson S, Berg-Kelly K, Winsö E. Inhalation of racemic adrenaline in the treatment of mild and moderately severe croup. Clinical symptom score and oxygen saturation measurements for evaluation of treatment effects. *Acta*

- Paediatr.* 1994;83(11):1156-60. doi:10.1111/j.1651-2227.1994.tb18270.x. PMID: 7841729.
19. Cabanas Gancedo R, Alvez Gonzalez F. Corticosteroides en la laringitis? [Corticosteroids and laryngitis?]. *An Esp Pediatr.* 1993;39(6):552. PMID: 8166416.
20. Kelley PB, Simon JE. Racemic epinephrine use in croup and disposition. *Am J Emerg Med.* 1992;10(3):181-3. doi:10.1016/0735-6757(92)90204-B. PMID: 1375027.
21. Garbutt JM, Conlon B, Sterkel R, Baty J, Schechtman KB, Mandrell K, et al. The comparative effectiveness of prednisolone and dexamethasone for children with croup: a community-based randomized trial. *Clin Pediatr (Phila).* 2013;52(11):1014-21. doi:10.1177/0009922813504823. PMID: 24092872; PMCID: PMC4019394.
22. Marcos Temprano M, Torres Hinojal MC. Laringitis, crup y estridor. *Pediatr Integral.* 2017;XXI(7):458-64.
23. Ortiz-Alvarez O. Acute management of croup in the emergency department. *Paediatr Child Health.* 2017;22(3):166-73. doi:10.1093/pch/pxx019.

8. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

FIGURA 1. FLUJO PARA SELECCIÓN DE PACIENTES EN ESTUDIO

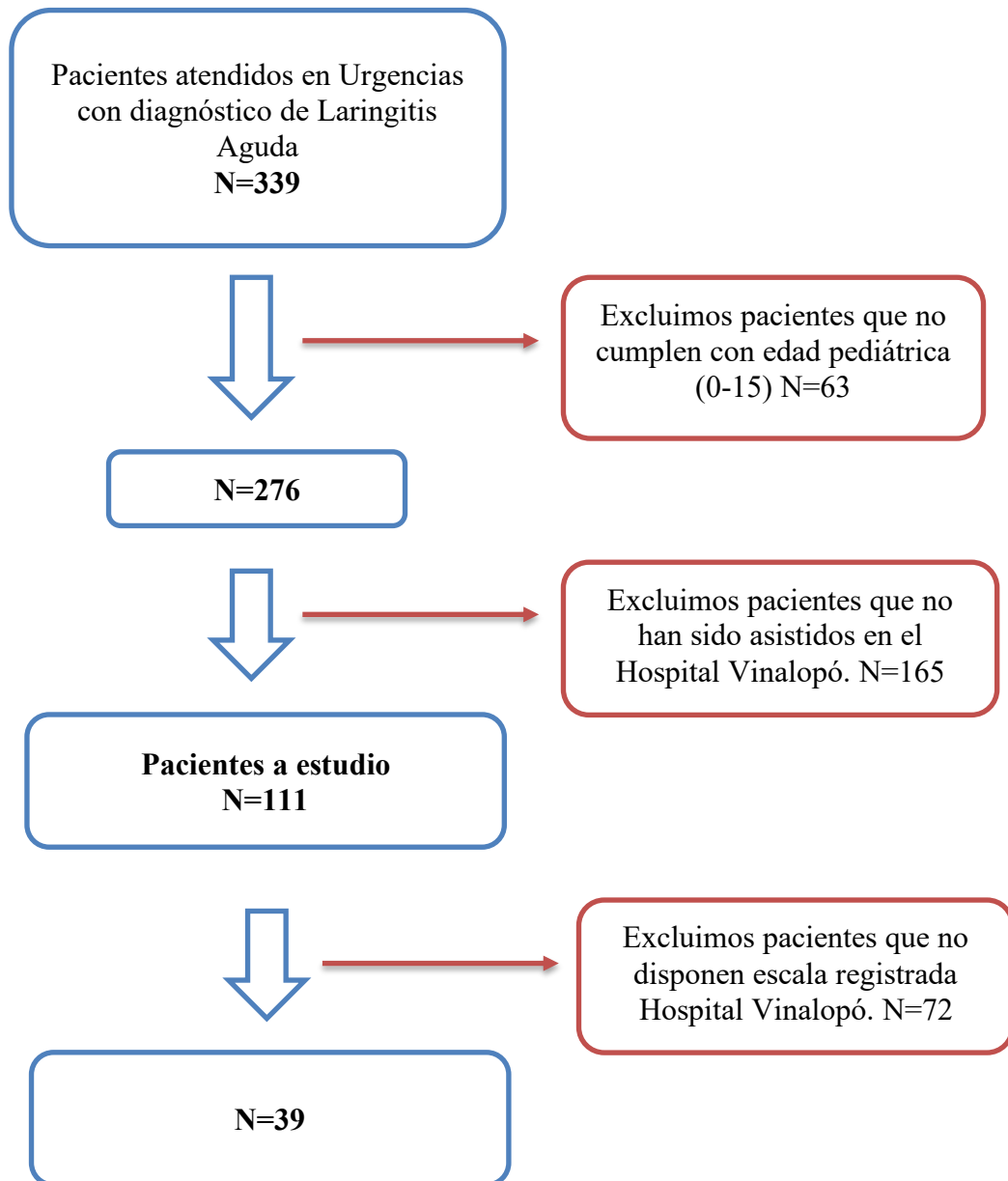


Tabla 1. Características epidemiológicas de la muestra

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	65	58,6%
	Femenino	46	41,4%
Grupo Edad	0-3 años	50	45,0%
	4-6 años	38	34,2%
	7-9 años	12	10,8%
	10-12 años	8	7,2%
	13-15 años	3	2,7%
Distribución por mes	Noviembre	20	18,0%
	Diciembre	32	28,8%
	Enero	16	14,4%
	Febrero	21	18,9%
	Marzo	22	19,8%
País	España	106	95,5%
	Extranjeros	5	4,5%
Ingreso	No	0	0%
	Si	111	100%
Escala utilizada	Westley	36	32,4%
	Taussig	3	2,7%
	Ninguna	72	64,9%
Gravedad	Leve	26	23,4%
	Moderado	9	8,1%
	Grave	4	3,6%
	No específica	72	64,8%
Grupo de médicos	Externo	4	3,6%
	Médico de urgencias	93	83,8%
	Residente	14	12,6%
	Pediatría		
Tratamiento	Ambos (adrenalina + dexametasona)	13	11,7%
	Otros	45	40,5%
	Dexametasona + Otros	53	47,7%

Tabla 2. Comparativa entre pacientes con y sin escala clínica.

		Paciente (111/%)	Escala (39/35,1 %)	No Escala (72/64,9%)	P- valor
Sexo	Masculino	65/58,6%	25/38,5%	40/61,5%	,252
	Femenino	46/41,4%	14/30,4%	32/69,6%	
Grupo Edad	0-3 años	50/45,0%	18/36,0%	32/64,0%	,204
	4-6 años	38/34,2%	14/36,8%	24/63,2%	
	7-9 años	12/10,8%	5/41,7%	7/58,3%	
	10-12 años	8/7,2%	0/0,0%	8/100%	
	13-15 años	3/2,7%	2/66,7%	1/33,3%	
Distribución por mes	Noviembre	20/18,0%	8/40,0%	12/60,0%	,829
	Diciembre	32/28,8%	13/40,6%	19/59,4%	
	Enero	16/14,4%	4/25,0%	12/75,0%	
	Febrero	21/18,9%	7/33,3%	14/66,7%	
	Marzo	22/19,8%	7/31,8%	15/68,2%	
País	España	106/95,5%	39/36,7%	67/63,2%	,109
	Extranjeros	5/4,5%	0/0,0%	5/100,0%	
Grupo de médicos	Externo	4/3,6%	0/0,0%	4/100,0%	,004
	Médico de urgencias	93/83,8%	29/31,2%	64/68,8%	
	Residente Pediatría	14/12,6%	10/71,4%	4/28,6%	
Tratamiento empleado	Dexametasona	3/2,7%	2/66,7%	1/33,3%	,002
	Ambos	13/11,7%	9/69,2%	4/30,8%	
	Otros	45/40,5%	8/17,8%	37/82,2%	
	Dexametasona + Otros	50/45,0%	20/40,0%	30/60,0%	

*p-valor prueba Chi cuadrado para verificar las diferencias entre categorías. Significación estadística inferior a 0,05

		Total usa Escala 39
Escala utilizada	Westley	36/92,3%
	Taussing	3/7,7%
Gravedad	Leve	26/66,7%
	Moderado	9/23,1%
	Grave	4/10,3%

Tabla de resultados 3. Distribución de pacientes según el tratamiento administrado

		Paciente (111/%)	Dexametasona + otros (53/47,7%)	Ambos (adrenalina + dexametasona) (13/11,7%)	Otros (45/40,5%)	P- valor
Sexo	Masculino	65/58,6%	37/56,9%	9/13,8%	19/29,2%	,016
	Femenino	46/41,4%	16/34,7%	4/8,7%	26/56,5%	
Grupo Edad	0-3 años	50/45,0%	22/44%	5/10%	23/46%	,546
	4-6 años	38/34,2%	17/44,7%	6/15,8%	15/39,4%	
	7-9 años	12/10,8%	7/58,3%	2/16,66%	3/25%	
	10-12 años	8/7,2%	4/50%	0/0,0%	4/50%	
	13-15 años	3/2,7%	3/100%	0/0,0%	0/0,0%	
Distribución por mes	Noviembre	20/18,0%	8/40,0%	2/10,0%	10/50,0%	,915
	Diciembre	32/28,8%	16/50,0%	4/12,5%	12/37,5%	
	Enero	16/14,4%	8/50,0%	2/12,5%	6/37,5%	
	Febrero	21/18,9%	10/47,6%	4/19,0%	7/33,3%	
	Marzo	22/19,8%	11/50,0%	1/4,5%	10/45,4%	
Distribución por días	Lunes	16/14,4%	5/31,2%	4/25,0%	7/43,8%	,529
	Martes	13/11,75%	6/46,1%	1/7,7%	6/46,1%	
	Miércoles	14/12,6%	5/35,7%	1/7,1%	8/57,1%	
	Jueves	12/10,8%	6/50,0%	2/16,7%	4/33,3%	
	Viernes	11/9,9%	4/36,4%	1/9,1%	6/54,5%	
	Sábado	22/19,8%	14/63,6%	3/13,6%	5/22,7%	
	Domingo	23/20,7%	13/56,5%	1/4,3%	9/39,1%	
Grupo de médicos	Externo	4/3,6%	0/0,0%	0/0,0%	4/100,0%	,105
	Médico de urgencias	93/83,8%	46/49,5%	10/10,75%	37/39,8%	
	Residente Pediatría	14/12,6%	7/50,0%	3/21,4%	4/28,6%	
Escala empleada	Westley	36/32,4%	20/55,5%	9/25,0%	7/19,4%	,004
	Taussing	3/2,7%	2/66,7%	0/0,0%	1/33,3%	
	Ninguna	72/64,9%	31/43,1%	4/5,5%	37/51,4%	
Gravedad	Leve	26/23,4%	18/69,2%	0/0,0%	8/30,8%	,001
	Moderado	9/8,1%	4/44,4%	5/55,6%	0/0,0%	
	Grave	4/3,6%	0/0,0%	4/100%	0/0,0%	
	No especifica	72/64,9%	31/43,1%	4/5,5%	37/51,4%	

p-valor prueba Chi cuadrado para verificar las diferencias entre categorías. Significación estadística inferior a 0,05

Tabla 4. Estancia hospitalaria según tratamiento administrado

		Total (n=111)	Estancia Media	IC95%	P- valor
Tratamiento	Dexametasona + Otros	53	2:03:35 ± 3:19:16	1:08:39 - 2:58:30	,001
	Ambos	13	8:27:13 ± 4:27:22	5:45:39 - 11:08:47	
	Otros	45	1:16:31 ± 3:50:39	0:31:26 - 2:01:37	

**p*-valor prueba Chi cuadrado para verificar las diferencias entre categorías. Significación estadística inferior a 0,05

Tabla de resultados 5. Distribución de pacientes con escala registrada según el tratamiento administrado

		Paciente (39/%)	Dexametasona + otros (22/56,4)	Ambos (adrenalina + dexametasona) (9/23,1%)	Otros (8/20,5%)	P- valor
Sexo	Masculino	25/64,1%	16/64%	7/28,0%	2/8,0%	,034
	Femenino	14/25,9%	6/42,9%	2/14,2%	6/42,9%	
Grupo Edad	0-3 años	18/46,2%	9/50,0%	4/44,4%	5/55,6%	,527
	4-6 años	14/35,9%	7/50,0%	5/35,7%	2/14,2%	
	7-9 años	5/12,8%	4/80,0%	0/0,0%	1/20,0%	
	10-12 años	0/0,0%	0/0,0%	0/0,0%	0/0,0%	
	13-15 años	2/5,1%	2/100,0%	0/0,0%	0/0,0%	
Grupo de médicos	Externo	0/0,0%	0/0,0%	0/0,0%	0/0,0%	,957
	Médico de urgencias	29/74,4%	16/55,2%	7/24,1%	6/20,7%	
	Residente Pediatría	10/25,6%	6/60,0%	2/20,0%	2/20,0%	
Gravedad	GRAV1	26/66,7%	18/69,2%	0/0,0%	8/30,8%	,000
	GRAV2	9/23,1%	4/44,4%	5/55,6%	0/0,0%	
	GRAV3	4/10,3%	0/0,0%	4/100,0%	0/0,0%	

*p-valor prueba Chi cuadrado para verificar las diferencias entre categorías. Significación estadística inferior a 0,05

Tabla de resultados 6. Estancia hospitalaria en pacientes con escala registrada según tratamiento y gravedad

		Total (n=39)	Estancia Media	IC95%	P-valor
TTO	Dexametasona	2/5,1%	0:17:59 ± 0:09:53	0:10:56 - 1:46:56	,002
	Ambos	9/23,1%	9:18:40 ± 4:57:17	5:30:09 - 13:07:10	
	Otros	8/20,5%	3:37:52 ± 5:24:19	0:53:16 - 8:09:01	
	Dexametasona + Otros	20/21,3%	2:01:42 ± 3:52:48	0:12:44 - 3:50:39	
Gravedad	Leve	26/66,7%	4:29:24 ± 0:52:50	0:43:29 - 4:21:07	,015
	Moderado	9/23,1%	5:41:52 ± 1:53:57	0:56:25 - 9:42:00	
	Grave	4/10,3%	10:02:00 ± 4:42:25	2:32:35 - 17:31:24	

*p-valor prueba Chi cuadrado para verificar las diferencias entre categorías. Significación estadística inferior a 0,05

Tabla de resultados 7. Asociación entre edad, gravedad y tratamiento

		Total (n=39)	GRAV1 (26/66,7%)	GRAV2 (9/23,1%)	GRAV3 (4/10,3%)	p- valor
Edad	0-3 años	18/46,2%	12/46,2%	6/66,7%	0/0,0%	,144
	4-6 años	14/35,9%	8/30,8%	2/22,2%	4/100,0%	
	7-9 años	5/12,8%	4/15,4%	1/11,1%	0/0,0%	
	10-12 años	0/0,0%	0/0,0%	0/0,0%	0/0,0%	
	13-15 años	2/5,1%	2/7,7%	0/0,0%	0/0,0%	
Trat	Dexametasona + Otros	22/ 56,4%	18/69,2%	4/44,4%	0/0,0%	,001
	Ambos	9/23,1%	0/0,0%	5/55,6%	4/100,0%	
	Otros	8/20,5%	8/30,8%	0/0,0%	0/0,0%	

*p-valor prueba Chi cuadrado para verificar las diferencias entre categorías. Significación estadística inferior a 0,05

ANEXO 1. DICTAMEN DEL CEIC

DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

Dña. M^ª Amparo Santamaría Ortiz, Titular Jefe de la Secretaría Técnica y D. Carlos Marqués Espí, Presidente del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Hospital Universitario Elche-Vinalopó

CERTIFICAN:

Que este CEIm, en su reunión de fecha **29/01/2025** ha revisado la documentación aportada por el Promotor del estudio, ha decidido emitir:

DICTAMEN FAVORABLE

A la propuesta, para el estudio (**CÓDIGO: CEImHUV 2025.005**)

Título completo del estudio: Análisis de la escala Taussig y Westley para la valoración de la gravedad de la laringitis aguda y su tratamiento en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Vinalopó.

Nº EudraCT: N/A. TFG

Código del protocolo: URG_GROUP

Nombre del promotor: Hospital Universitario de Vinalopó

Protocolo: V 1.0 09/01/2025

HIP y CI principal: NO APLICA

Investigador Principal: Rafael Esteve Solano

Servicio: Servicio de Urgencias

Centro: Hospital Universitario de Vinalopó

Además, hace constar que el estudio cumple con el DISEÑO METODOLÓGICO, el MARCO ÉTICO y la REGULACIÓN en base a los siguientes puntos:

1. El estudio/proyecto/ensayo cumple los criterios establecidos en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantías de los Derechos Digitales, así como en el Reglamento (UE) 2016/679 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y la libre circulación de estos datos.
2. En dicha reunión se cumplieron los requisitos establecidos en la legislación vigente –Decreto 39/94 de la CAM– para que la decisión del citado CEIm sea válida.
3. El Estudio reúne las normas éticas estándar de nuestra Institución para la realización de este tipo de estudios.
4. Se cumplen los preceptos éticos formulados en el Real Decreto 957/2020, de 3 de noviembre de 2020, por el que se regulan los estudios observacionales con medicamentos de uso humano y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y en sus posteriores revisiones, así como aquellos exigidos por la normativa aplicable en función de las características del estudio.
5. Asimismo, hacemos constar que NO existe contraprestación económica para el centro y los investigadores.
6. Además, este comité recuerda al Promotor la obligación, en el caso de que se trate de un estudio prospectivo, de realizar el registro del estudio en una base de datos de acceso público antes de reclutar el primer paciente, así como el seguimiento del estudio de acuerdo a la legislación vigente.
7. Que el comité tanto en su composición como en sus PNT cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95); con el RD 1090/2015 así como la normativa autonómica en materia de investigación aplicable de la Comunitat Valenciana; y su composición actual es la indicada en el Anexo I.
8. Consideraciones generales del estudio: NINGUNA

Lo que firmo en Elche, a 30 de enero de 2025

Presidente del CEIm

Titular Jefe de la Secretaría Técnica del
CEIm

Anexo I
COMPOSICIÓN DEL CEIm

Presidente:

- Carlos Marqués Espí (Licenciado en Derecho/ DPO certificado esquema AEPD/Miembro del Comité de Bioética)

Vicepresidente:

- Gonzalo Ros Cervera (Médico)

Secretario:

- M^a Amparo Santamaría Ortiz (Médico)

Vocales:

- Angel Raso Raso (Farmacéutico Especialista Hospital)
- Joaquín Quiles (Miembro Lego no vinculado laboralmente a los centros)
- Ana Maestre Peiró (Médico)
- Jose Fernández de Maya (Enfermero)
- Angélica Valderrama Rodriguez (Farmacólogo Clínico)
- Maria Isabel Pérez Soto (Médico)
- Lucía Ojea Cárdenas (Farmacéutico Especialista Atención Primaria)
- Fernando Román Fuentes (Médico de Atención Primaria)
- Rosa M^a Martínez Mula (Graduada en Química/Apoyo Administrativo Secretaría Técnica)
- Cristina Soriano Bernal (Licenciada en Dirección y Administración de Empresas/Miembro Lego y Apoyo Administrativo Secretaría Técnica).
- Eva Cotilla de la Rosa (Médico)

Que en dicha reunión del Comité Ético de Investigación Clínica se cumplió el quórum preceptivo legalmente.

Que en el caso de evaluación de algún estudio del que algún integrante del equipo investigador forme parte de este CEIm, este se ausentará durante la deliberación y votación del mismo.

Anexo II
CENTROS E INVESTIGADORES PRINCIPALES Y COLABORADORES

Título completo del estudio: Análisis de la escala Taussig y Westley para la valoración de la gravedad de la laringitis aguda y su tratamiento en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Vinalopó.

Nº EudraCT: N/A. TFG

Código del protocolo: URG_GROUP

Nombre del promotor: Hospital Universitario de Vinalopó

Protocolo: V 1.0 09/01/2025

HIP y CI principal: NO APLICA

Investigador Principal: Rafael Esteve Solano

Servicio: Servicio de Urgencias

Centro: Hospital Universitario de Vinalopó

Investigadores colaboradores:

- D^a Pilar María García Salinas. Alumna 6º curso grado medicina UCAM

